

FORMULARZ OFERTOWY

1. DANE OFERENTA

| | | |
|--------------------------------------|---|-------|
| NAZWA OFERENTA (zgodnie jak w CEIDG) | | |
| KOD POCZTOWY I MIEJSCOWOŚĆ | PEŁNY ADRES POD JAKIM JEST PROWADZONA DZIAŁALNOŚĆ | |
| PESEL | NIP | REGON |
| NR TELEFONU | ADRES E- MAIL OFERENTA | |

2. OFERUJĘ UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH JAKO: LEKARZ specjalista w zakresie urologii

3. PROPONUJĘ NASTĘPUJĄCĄ ZRYCZAŁTOWANĄ STAWKĘ BRUTTO za wykonanie procedury:

| LP. | Nazwa procedury | Stawka za wykonanie procedury |
|-----------------|---|-------------------------------|
| UMOWA | | |
| 1 | Wizyta lekarska | |
| 2 | Wizyta lekarska z badaniem USG | |
| 3 | Wizyta lekarska + założenie/wymiana cewnika | |
| 4 | Biopsja | |
| 5 | Wizyta lekarska + TRUS | |
| 6 | Zabieg stulejki | |
| 7 | Zabieg wędzidełka | |
| 8 | Uroflometria | |
| Komercja | | |
| 1 | Wizyta lekarska | |
| 2 | Wizyta lekarska z badaniem USG | |
| 3 | Badanie USG jąder, moszny | |
| 4 | Badanie USG jąder, stercza | |
| 5 | Wizyta lekarska + założenie / wymiana cewnika | |
| 6 | Wizyta lekarska+ TRUS | |
| 7 | Zabieg stulejki | |
| 8 | Zabieg wędzidełka | |
| 9 | USG urologiczne brzucha | |
| 10 | Badanie USG (izolowane, dopłata) | |
| 11 | Biopsja | |
| 12 | Uroflometria | |

4. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ILOŚCI GODZIN:

Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w MSPR z Przychodnią w Sopocie w wymiarze czasu nie mniejszej niż.....godzin miesięcznie.

5. WYMAGANE DOKUMENTY

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">➤ Przebieg pracy zawodowej (CV) oraz oświadczenie do celów rekrutacji zawierające zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez MSPR z Przychodnią w Sopocie),➤ Dyplom poświadczający kwalifikacje lekarskie,➤ Prawo wykonywania zawodu lekarza,➤ Dyplom uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie urologii,➤ Kopię zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą z Okręgowej Izby Lekarskiej/ Zezwolenie Okręgowej Izby Lekarskiej na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej,➤ Wydruk ze strony internetowej Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,➤ Kopię Księgi Rejestrowej Okręgowej Izby lekarskiej (OIL),➤ Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą ,➤ Kopie dokumentów potwierdzających uzyskanie kwalifikacji zawodowych potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Przyjmującego zamówienie,➤ Aktualne orzeczenie lekarskie potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na danym stanowisku,➤ Aktualne orzeczenie lekarskie do celów sanitarno- epidemiologicznych,➤ Zaświadczenie o ukończeniu szkolenia okresowego w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy,➤ <u>Zaświadczenie o niekaralności (KRK)</u> w pełnym zakresie wystawione nie później niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,➤ Oświadczenie o posiadaniu/zamiarze posiadania i przedstawienie Udzielającemu Zamówienie przed rozpoczęciem obowiązywania umowy zawartej z MSPRzP w Sopocie:<ul style="list-style-type: none">• aktualnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej na warunkach określonych w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą,• aktualnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w sprzeczności medycznym i niemedyce służącym do wykonywania czynności zawodowych,• aktualnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie badania na obecność wirusów HIV lub WZW oraz zakażenia z tytułu zakażenia HIV i WZW,➤ Oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia oraz warunkami konkursu stanowiące <u>załącznik nr 5 do SWKO</u>,➤ Oświadczenie osoby współpracującej dot. ochrony małoletnich stanowiące <u>załącznik nr 3 do SWKO</u> | <p>UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów</p> <p>Brak dokumentów (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym) może spowodować odrzucenie oferty.</p> |
|--|--|

6. Będąc świadom konsekwencji wynikających z poświadczenia nieprawdy oświadczam, że podane w części 1 dane są prawdziwe i mają odzwierciedlenie w stanie faktycznym.
7. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z projektem umowy stanowiącej załącznik nr 2 do SWKO i akceptuję warunki w niej przedstawione.

.....
data i miejscowość

.....
podpis oferenta

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH OSOBY BIORĄCEJ UDZIAŁ W KONKURSIE OFERT

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej RODO), informujemy, że:

- a) Administratorem Pana/i danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie, z siedzibą w Sopocie 81-756, ul. Bolesława Chrobrego 10, adres do korespondencji jw. z dopiskiem IOD.
- b) Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: iod@msprsopot.pl.
- c) Celem przetwarzania Pana/i danych osobowych jest przeprowadzenie procesu konkursu ofert na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
- d) W przypadku pozytywnego przejścia procedury konkursu ofert Pana/i dane osobowe będą udostępnione podmiotowi działającemu na rzecz Administratora danych osobowych w zakresie działania systemu informatycznego MSPRSOPOT.MED, w pozostałych przypadkach Pana/i dane osobowe nie będą udostępniane odbiorcom w rozumieniu art. 4 pkt 9 RODO.
- e) Pana/i dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania procedury konkursu ofert a po jego zakończeniu zostaną usunięte zgodnie z art. 5 ust. 1 lit. e) RODO.
- f) Ma Pan/i prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania. Prawo do usunięcia danych, ograniczenia ich przetwarzania oraz wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania przysługuje Panu/i w przypadku danych przetwarzanych bezpodstawnie.
- g) Ma Pan/i prawo wniesienia skargi do polskiego organu nadzorczego lub organu nadzorczego innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej, właściwego ze względu na miejsce Pan/i zwykłego pobytu.
- h) Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 8 września 2008 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
- i) Podanie danych osobowych jest niezbędne do zawarcia umowy, w przypadku ich niepodania zawarcie umowy jest niemożliwe.
- j) Pana/i dane nie będą podlegały profilowaniu w rozumieniu art. 22 RODO.

.....
Data i miejscowość

.....
podpis oferenta